ITEM 148 : INFECTIONS NASO-SINUSIENNES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

RHINITE AIGUË

FORMES CLINIQUES

Rhinite aiguë de l'adulte

= Rhume banal : **inflammation de la muqueuse des fosses nasales.**
- Affection épidémique et contagieuse, fréquente en automne-hiver (mais possible au printemps et été), favorisée par une baisse transitoire de l'immunité.
- **Infection** bénigne exclusivement **virale.**
- Principaux virus : rhinovirus, adénovirus, influenzae, coronavirus, para-influenza, VRS, entérovirus.

Durée, intensité et gravité variables :
- **Évolution favorable dans 99 % des cas en 5- 20 jours.**
- Si fièvre > 3 jours : suspecter une complication bactérienne.
- Complications (rares +++) : **sinusite ++, syndrome méningé, complication oculaire** ou **cervico-médiastinale.**
- Disparition totale des végétations adénoïdes.

Dg

Diagnostic = clinique.
- Contexte épidémique +++.
- Début : sentiment de lassitude vague, frissonnement, pesanteur de la tête, courbatures.
- Dans les heures suivantes :
  - Rhinopharynx : **sécheresse, cuisson, brûlure.**
  - Fosses nasales : **prurit, éternuement, rhinorrhée, larmoiement.**
- **Obstruction nasale**, unilatérale, bilatérale ou à bascule.
- **Écoulement nasal** uni ou bilatéral :
  - **Liquide clair : séreux, incolore, filant, irritant** les orifices narinaires et la lèvre supérieure, avec mouchage incessant.
  - Puis au bout de 2-3 jours **liquide muco-purulent** : **sécrétions épaisses, colorées** (jaune-vert) ± **stries sanguinolentes.**
  - Puis **sécrétions moins épaisses, claires, muqueuses**, avant de disparaître.
- ± **Toux.**
- ± **Syndrome pseudo-grippal** : fièvre modérée 38,5°C < 3 jours, myalgies, céphalées frontales et sensation de plénitude de la face (souvent des oreilles).
  - Rhinite allergique : Obstruction nasale, rhinorrhée claire abondante, éternuements en salve, saisonnière ou per-annuelle +/- conjonctivite bilatérale +/- prurit palatin *(si unilatérale on pense plutôt à une cause bactérienne !)* +/- asthme.
- **Rhinoscopie** : muqueuse rouge, avec hypertrophie congestive des cornets inférieurs.
- **Otoscopie** : tympan inflammatoire dépoli sans OMA.
- Pas d'examen complémentaire.

TTT

- **Pas d'antibiotique.**
- **Symptomatique** : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol), lavage des fosses nasales au sérum physiologique.
- AINS, vasoconstricteurs (local ou généraux), antihistaminiques, corticoïdes (locaux ou généraux) non indiqués (bénéfice-risque défavorable).
- Vasoconstricteurs nasaux possibles en cure courte max 7 jours chez l'adulte en l'absence de contre-indication en cas d'obstruction invalidante (collège ORL).

Rhinite aiguë du nourrisson

= Touchant l'enfant **< 6 mois**, à respiration nasale exclusive (jusqu'à l'âge de 6-12 semaines)
- Atteinte concomitante des muqueuses naso-sinusiennes et rhinopharyngées.
- À la naissance : protection partielle par les immunoglobulines maternelles.
- Exposition répétée des fosses nasales aux antigènes de l'environnement → Hypertrophie physiologique des végétations adénoïdes = maturation immunitaire - Plusieurs épisodes annuels jusque 7 ans (involution adénoïde par après).
- Symptomatologie variable : de la simple **obstruction nasale bilatérale** intermittente avec rhinorrhée à la **détresse respiratoire imposant l'hospitalisation :**
  - Forme typique non grave : diagnostic clinique (pas d'examen complémentaire).
  - Forme grave (détresse respiratoire) : rechercher un **diagnostic différentiel** : atrésie de choane, hypoplasie des orifices piriformes, ou autres malformations faciales.
- Examen des fosses nasales : œdème de la muqueuse, cornets inférieurs tuméfiés œdématiés jusqu'au contact du septum nasal.

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="3">Rhino-pharyngite de l'adulte</td><td colspan="2">= Inflammation simultanée de la muqueuse des fosses nasales et de l'oropharynx (LISA et collège ORL).
= Inflammation de l'étage supérieur du pharynx (rhinopharynx ou cavum) ± atteinte nasale (Pilly).
- Bénigne et fréquente d'origine virale.
- 1re pathologie infectieuse et 1re cause de consultation en pédiatrie (préscolaire +++).
- Contamination strictement interhumaine par voie aérienne.
- Contagiosité importante.
- Durée d'incubation brève (48-72 h).
- Étiologies similaires à celles de la rhinite aiguë : rhinovirus, adénovirus, coronavirus, influenza, para-influenza, VRS, métapneumovirus.
- Évolution similaire à la rhinite aiguë : favorable dans 99 % des cas en 10-15 jours.
- Si fièvre > 3 jours : penser à une complication bactérienne (otite, sinusite).</td></tr>
<tr><td>Dg</td><td>Diagnostic = clinique (symptômes bilatéraux).
- Rhinorrhée claire puis mucopurulente.
- Érythème pharyngé, gêne pharyngée.
- Obstruction nasale.
- ± Toux, laryngite, otite, conjonctivite.
- ± Syndrome pseudo-grippal : fièvre modérée < 3 jours, myalgies, céphalées.
- Adénopathies cervicales bilatérales inflammatoires et sensibles.
- Pas d'examen complémentaire.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Pas d'antibiotique.
- Symptomatique : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol), lavage des fosses nasales au sérum physiologique.
- AINS, vasoconstricteurs (local ou généraux), antihistaminiques, corticoïdes (locaux ou généraux) non indiqués (bénéfice-risque défavorable).
- Vasoconstricteurs nasaux possibles en cure courte max 7 jours chez l'adulte en l'absence de contre-indication en cas d'obstruction invalidante (collège ORL).</td></tr>
<tr><td>Rhino-pharyngite de l'enfant</td><td colspan="2">- À partir de 7 ans, involution spontanée des végétations adénoïdes.
- Mode d'expression le plus fréquent de la grippe.
- Principaux virus = rhinovirus, coronavirus, VRS, influenzae-virus et parainfluenzae.
- Tableau clinique typique :
• Rhinite : écoulement nasal antérieur ou postérieur + obstruction + toux (parfois émétisante).
• Pharyngite (muqueuse rouge ± œdémateuse).
• Respiration buccale bruyante.
• Signes inconstants : fièvre modérée (< 38,5 °C), ADP sous-angulo-maxillaires bilatérales, otite congestive.
• Souvent associée à une atteinte sinusienne virale qui guérit spontanément.
- Diagnostic exclusivement clinique - aucun examen complémentaire.
- Examen :
• Rhinorrhée antérieure mucopurulente bilatérale.
• Rhinorrhée postérieure : épais tapis de mucus sur la paroi postérieure du pharynx.
• Discrète rougeur de la muqueuse pharyngée (≠ angine).
• ADP cervicales bilatérales, inflammatoires et sensibles.
- Otoscopie pour éliminer une OMA : tympan dépoli ou légèrement congestif mais sans bombement inflammatoire et avec conservation des reliefs ; peut se compliquer d'une otite séromuqueuse.
- Aucune recherche bactériologique ou virologique sur sérum ou sécrétions en l'absence de données cliniques faisant craindre une complication bactérienne sévère ou un autre diagnostic.
- Complications possibles : OMA purulente, conjonctivite purulente, sinusite aiguë.
- Caractère puriforme de la rhinorrhée et fièvre ≠ infection/surinfection bactérienne.
- Prise en charge :
• Désobstruction rhinopharyngée avec sérum physiologique.
• Prise en charge état fébrile.
• Vasoconstricteur par voie nasale ou général contre indiqué avant 15 ans.</td></tr>
<tr><td>Rhinite allergique</td><td colspan="2">= Rhinite aiguë, prédominant classiquement au printemps ou per annuelle.
- Obstruction nasale, rhinorrhée claire abondante, éternuements en salves.
- ± Conjonctivite bilatérale et/ou symptôme d'asthme associé.
- Prurit palatin souvent associé.
- Pas de facteur infectieux.
- Interrogatoire : terrain atopique ? exposition à un allergène ?
- Examen complémentaire si besoin pour conformer l'hypersensibilité, avis allergologique, tests cutanés, dosage des IgE spécifiques.</td></tr>
</table>

SINUSITE AIGUË

Sinusite aiguë = inflammation de la muqueuse des fosses nasales et d'une/plusieurs cavités sinusiennes.
- Rare chez l'enfant car apparition progressive de la pneumatisation des sinus : **sinus ethmoïde** (1er mois de vie), **maxillaire** (3-4 ans), **frontal** (5-10 ans) puis **sphénoïdal** (10-15 ans).
- **Origine virale ou bactérienne** (la plupart des sinusites bactériennes compliquent une infection virale des VAS).
- Symptomatologie dépendant de la virulence du germe et de la perméabilité ostiale.
- Voies de l'infection bactérienne :
  - **Nasale** (**rhinogène**) à la suite d'une **rhinite/rhinopharyngite aiguë** (< 1 %, souvent localisée à un sinus maxillaire) ou dans un **contexte de barotraumatisme** (plus rare).
  - Sinusite maxillaire, frontale, sphénoïdienne : **pneumocoque, *Haemophilus influenzae* > *Branhamella catarrhalis* *(=Moraxella catarrhalis)*, staphylocoque.**
  - Sinusite ethmoïdale : **staphylocoque, Haemophilus influenzae, streptocoque, pneumocoque.**
  - **Dentaire**, par propagation d'une infection dentaire ou parodontale : **germes anaérobies**, ***Aspergillus*** → Présentation subaiguë ou chronique avec atteinte unilatérale.
- Diagnostic différentiel avec rhinopharyngite virale difficile (symptômes similaires).
- Complications rares mais potentiellement graves.

DG — Sinusite maxillaire aiguë

= La plus fréquente, le plus souvent au cours de l'évolution d'une rhinite banale par surinfection bactérienne chez un adulte ou un enfant > 3 ans.
- **Douleur sous-orbitaire** : unilatérale, pulsatile, ↑ à l'effort et au procubitus, recrudescence vespérale.
- Obstruction nasale homolatérale.
- Mouchage épais, voire mucopurulent ± strié de sang, homolatéral.
- Fébricule.
- **Rhinoscopie antérieure** : **pus au méat moyen** du côté douloureux.
- **Douleur provoquée par la pression des points sinusiens** (sans valeur diagnostique).
- Rechercher des signes de **complication neuro-méningée** ou **oculaire** (rare) : syndrome méningé, altération de conscience, exophtalmie, œdème palpébral, trouble oculomoteur, baisse d'acuité visuelle
→ Sinusite maxillaire unilatérale subaiguë, sans contexte de rhinite : rechercher une **origine dentaire.**

Dg

Diagnostic de sinusite maxillaire aiguë purulente = clinique :
≥ 2/3 critères majeurs ± critère(s) mineur(s)

Critères majeurs	- Persistance/augmentation des douleurs sinusiennes infraorbitaires malgré un traitement symptomatique **≥ 48 h.** - **Douleur typique** : **unilatérale** et/ou majorée par l'inclinaison de la tête en avant et/ou pulsatile et/ou acmé en fin d'après-midi et la nuit. - Augmentation de la rhinorrhée et de son caractère purulent (surtout si unilatérale).
Critères mineurs	- **Fièvre ≥ 3 jours.** - Obstruction nasale, éternuement, gêne pharyngée, toux **> 10 jours.**

- En cas de doute persistant entre viral/bactérien : réévaluation clinique à 2-3 jours de traitement symptomatique.
- Évolution favorable des sinusites bactériennes en l'absence d'antibiotique dans ¾ des cas.

PC

- **Pas d'examen complémentaire pour la sinusite maxillaire sauf si origine dentaire suspectée, échec des ATB, sinusite chronique ou compliquée** (sinusite maxillaire unilatérale sans contexte de rhinite/rhinopharyngite, examen dentaire évocateur, forme unilatérale chronique) : **panoramique dentaire ou scanner des apex dentaire (dentascan).**
- **Rx standard** : non indiquée (souvent prise à défaut).
- **TDM sinusien** : si doute diagnostique, suspicion de complication ou échec d'antibiothérapie.
- Si suspicion d'origine dentaire : **examen dentaire** avec **panoramique** + **cliché rétroalvéolaire.**

TTT

- Forme subaiguë : traitement symptomatique et réévaluation à 48-72 h.
- Indications antibiothérapie :
  - Critères diagnostiques de sinusite purulente
  - Sinusite unilatérale + infection dentaire homolatérale supérieure
  - Échec du traitement symptomatique ou apparition de complications
- Molécule :
  - 1re intention : **amoxicilline** 1 g 3 fois par jour pendant 7 jours.
  - Sinusite d'origine dentaire : **amoxicilline-acide clavulanique** 1 g 3 fois par jour pendant 7 jours.

			• Si allergie Amoxicilline : Cefpodoxime ou Céfuroxine voir Pristinamycine, Levofloxacine ou Moxifloxacine (chez l'enfant, pas de FQ mais Cotrimoxazole si CI aux beta-lactamines). - **Traitement symptomatique** : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol), lavage de nez au sérum physiologique, inhalations et/ou corticoïdes locaux. - Corticoïdes généraux en cure courte (3-4 jours) si sinusite hyperalgique. - **AINS non recommandés** (risque de potentialisation de l'infection).
	Sinusite frontale	C	- **Céphalée de siège frontal, sus-orbitaire**, parfois **hémicrânienne** : intense, pulsatile, associée à une rhinorrhée et une obstruction nasale. - Risque élevé de complications. - Évolution des symptômes > 72 heures.
		PC	- Confirmée par un **scanner sinusien** (+ dépistage des complications).
		TTT	- Antibiothérapie d'emblée par **amoxicilline-acide clavulanique** 1 g 3 fois par jour pendant 7 jours. - **Traitement symptomatique** : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol), lavage de nez au sérum physiologique, inhalations et/ou corticoïdes locaux. - Corticoïdes généraux en cure courte (3-4 jours) si sinusite hyperalgique. - **AINS non recommandés** (risque de potentialisation de l'infection).
	Sinusite sphénoïdale	C	- Céphalée **rétro-orbitaires ou occipitales, permanentes.** - Irradiation au vertex. - Évolution des symptômes > 72 heures. - Nasofibroscopie : **écoulement mucopurulent à l'ostium du sinus sphénoïdal.**
		PC	- Confirmée par un **scanner sinusien** (+ dépistage des complications).
		TTT	- Antibiothérapie d'emblée par **amoxicilline-acide clavulanique** 1 g 3 fois par jour pendant 7 jours. - **Traitement symptomatique** : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol), lavage de nez au sérum physiologique, inhalations et/ou corticoïdes locaux. - Corticoïdes généraux en cure courte (3-4 jours) si sinusite hyperalgique. - **AINS non recommandés** (risque de potentialisation de l'infection).
	Sinusite ethmoïdale	C	- **Comblement de l'angle interne de l'œil.** - **Œdème palpébral.** - Céphalées rétro-orbitaires. - Évolution des symptômes > 72 heures.
		PC	- Confirmée par un **scanner des sinus** (+ dépistage des complications).
		TTT	- Antibiothérapie d'emblée par **amoxicilline-acide clavulanique** 1 g 3 fois par jour pendant 7 jours. - **Traitement symptomatique** : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol), lavage de nez au sérum physiologique, inhalations et/ou corticoïdes locaux. - Corticoïdes généraux en cure courte (3-4 jours) si sinusite hyperalgique. - **AINS non recommandés** (risque de potentialisation de l'infection).
	Ethmoïdite aiguë de l'enfant	= Rare, de pronostic potentiellement grave, survenant classiquement chez le jeune enfant dès l'âge de 6 mois (moins fréquente chez l'adulte) – âge médian = 2-3 ans. - Souvent au décours d'une rhinopharyngite aiguë. - Principalement à ***S. aureus*, *Haemophilus influenzae*, streptocoque A, pneumocoque.**	
		Forme œdémateuse	= **Stade fluxionnaire** (atteinte pré-septale). - **Œdème palpébral douloureux unilatéral (débutant paupière supérieure).** - Effacement du canthus interne, bonne ouverture des paupières, œil mobile, calme. - Mobilisation non douloureuse. - **Fièvre peu élevée** (LISA + pédiatrie) ou très élevée à 39-40°C (collège ORL), pas d'AEG. - **Pas d'examen complémentaire.** - Origine ethmoïdale : • **Absence de pus conjonctival** (DD : **dacryocystite, conjonctivite**). • **Suppuration nasale homolatérale**, parfois sanguinolente. • **Opacité ethmoïdo-maxillaire** à prédominance unilatérale.

<table>
<tr><td rowspan="5">FORMES CLINIQUES</td><td rowspan="3">Forme collectée</td><td rowspan="2"></td><td>DD</td><td>- Ostéomyélite du maxillaire supérieur : œdème prédominant à la paupière inférieure, tuméfaction gingivale et palatine.
- Staphylococcie maligne de la face (suite à un furoncle de l'aile du nez ou de la lèvre).
- Érysipèle de la face : affection streptococcique de la face.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- En ambulatoire (sous réserve d'une bonne compréhension des consignes de surveillance et d'un suivi en consultation à 48 h).
- Antibiotique large spectre en ambulatoire si état conservé, avec contrôle à 48 h.</td></tr>
<tr><td colspan="2">= Stade suppuré (atteinte orbitaire).
- Collection purulente orbitaire, classiquement entre l'os planum (paroi interne de l'orbite) et le périoste, refoulant le contenu orbitaire.
- Œdème palpébral douloureux, prédominant à l'angle interne de l'orbite et à la paupière supérieure, ouverture palpébrale difficile.
- Fièvre élevée (39-40 °C).
- Mobilisation douloureuse du globe oculaire.
- Chémosis.
- Exophtalmie douloureuse.
- Céphalées, prostration.
- ± suppuration nasale unilatérale.
- Signe de gravité : diplopie, baisse d'acuité visuelle, ophtalmoplégie complète ou incomplète, mydriase aréflexique, anesthésie cornéenne → urgence absolue.
- TDM injectée des sinus en urgence :
• Abcès extra-périosté visible.
• Compliqué : suppuration intra-orbitaire, thrombophlébite du sinus caverneux.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Hospitalisation immédiate (urgence médicale ± chirurgicale).
- Drainage chirurgical en cas de forme compliquée (collection rétro septale ou intraorbitaire) avec prélèvements.
- Antibiothérapie IV : amoxicilline-acide clavulanique avec fortes doses d'amoxicilline ou C3G (si allergie pénicilline) + aminosides (si sepsis).</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="3">- Confirmation du diagnostic : scanner des sinus
• Non systématique en cas de sinusite maxillaire : seulement si compliquée ou doute.
• Systématique en cas de suspicion de sinusite frontale, sphénoïdienne ou d'ethmoïdite.
- Prélèvements microbiologiques directs (pus…) sous contrôle fibroscopique, par l'ORL par prélèvement du pus au niveau du méat moyen dans les sinusites maxillaires : en cas d'échec d'antibiothérapie ou en cas de signe faisant suspecter une sinusite compliquée.
- Chez l'enfant :
• Jamais de radiographie.
• Scanner tenant compte des variations de pneumatisation des cavités sinusiennes avec l'âge.</td></tr>
<tr><td>Forme récidivante/ traînante</td><td colspan="3">- Sinusite unilatérale récidivante (≥ 2 épisodes) : rechercher une cause dentaire (si localisation maxillaire) ou une cause locale (tumeur, balle fongique, anomalie anatomique) -> scanner, voire IRM.
- Rhinosinusite chronique > 3 mois (rarement infectieuse) :
• Facteurs favorisants : traitement inadapté lors d'un épisode aigu, épisodes aigus récidivants, facteurs anatomiques locaux (granulome dentaire, amalgame dentaire dans le fond d'un sinus maxillaire, malformations, déviation septale, corps étrangers, tumeur), terrain (allergie, polypose nasosinusienne), facteurs environnementaux (pollution, climatisation, tabagisme).
• Polypose nasosinusienne (cause de sinusite chronique bilatérale) : 5 % de la population, maladie inflammatoire chronique de la muqueuse nasale, polypes des fosses nasales à point de départ ethmoïdal (obstruction nasale et troubles de l'odorat voire anosmie) + asthme ou hyperréactivité bronchique, peut s'intégrer dans un syndrome de Fernand Widal ou Samter (polypose, asthme, intolérance à l'aspirine et aux AINS).
• Germes en cause : bactéries usuelles (streptocoque, staphylocoque, *Haemophilus influenzae*) et anaérobies, BGN et *Aspergillus.*
• Scanner des sinus obligatoire (+ bilan dentaire si sinusite maxillaire).</td></tr>
<tr><td>Forme hyperalgique</td><td colspan="3">= Sinusite bloquée : douleur intense, non soulagée par le traitement médical.
- Imagerie obligatoire.
- Soulagement immédiat par ponction.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="5">Formes compliquées</td><td colspan="3">- Chez le sujet jeune.
- Surtout en cas de sinusite bactérienne aiguë non maxillaire.
- Risque vital ou de séquelles visuelles → Examen clinique systématique devant tout tableur de sinusite aiguë.
- Complications non nécessairement liées à la sévérité de la sinusite aiguë (peuvent être en lien avec des facteurs anatomiques individuels prédisposant).
- Indication de scanner du massif facial et de prélèvements bactériologiques (méat moyen lors d’une rhinoscopie antérieure ou directement en intrasinusien lors d’un drainage si celui-ci est retenu).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Complications oculo-orbitaires</td><td colspan="2">= Principalement en cas d’ethmoïdite :
- Cellulite palpébrale.
- Abcès orbitaire sous-périosté.
- Cellulite orbitaire ou périorbitaire.
- Phlegmon.
- Névrite optique.
- Paralysie oculomotrice.</td></tr>
<tr><td>Alerte</td><td>- Œdème palpébral supérieur, exophtalmie, troubles de la motricité oculaire, diminution de l’acuité visuelle.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Complications cérébro-méningées</td><td colspan="2">= Principalement en cas de sinusite frontale, sphénoïdale ou d’ethmoïdite :
- Abcès cérébral (streptocoques et anaérobies), méningite (pneumocoque) ou empyème sous-dural (compliquant une sinusite frontale).
- Thrombophlébite du sinus caverneux ou du sinus longitudinal supérieur.</td></tr>
<tr><td>Alerte</td><td>- Syndrome méningé, troubles de la conscience.</td></tr>
<tr><td>Autre</td><td colspan="2">- Ostéite frontale.
- Abcès jugal.
- Thrombophlébite.</td></tr>
<tr><td>Immuno-déprimé</td><td colspan="3">- Rhinosinusite aiguë fongique invasive : tableau clinique souvent pauvre (fièvre inexpliquée), pronostic très sombre.
- Possible lyse osseuse au scanner.
- Indication stricte au scanner du massif facial et aux prélèvements bactériologiques et mycologiques.</td></tr>
<tr><td rowspan="8">TTT</td><td rowspan="8">ADULTE</td><td colspan="4">→ Sinusite compliquée (syndrome méningé, exophtalmie, œdème palpébral, ophtalmoplégie, douleur insomniante) : hospitalisation, prélèvements bactériologiques, imagerie et antibiothérapie IV en urgence.
→ Sinusite maxillaire subaiguë : réévaluation après traitement uniquement symptomatique pendant 48-72 h.</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Antibiothérapie</td><td colspan="3"><u>Indications</u> :
- Sinusite maxillaire :
• Purulente (critères majeurs).
• Échec d’un traitement symptomatique initial ou complication.
• Sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale de l’arc dentaire supérieur.
- Sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale : systématique.</td></tr>
<tr><td>En 1re intention</td><td colspan="2">- Sinusite aiguë maxillaire : amoxicilline 2 à 3 g/jour pendant 7 jours.
- Sinusite maxillaire en 2nd intention ou d’origine dentaire, ou sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale : Augmentin® pendant 7 jours.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">En cas d’allergie</td><td>Aux pénicillines</td><td>- C2G ou C3G orale (céfuroxime-axétil, céfotiam hexétil, cefpodoxime proxetil) pendant 5 jours.</td></tr>
<tr><td>Aux β-lactamines</td><td>- Pristinamycine pendant 4 jours.
- Télithromycine pendant 5 jours.</td></tr>
<tr><td>Dernière intention</td><td colspan="2">- Fluoroquinolone (lévofloxacine ou moxifloxacine) pendant 8 jours (pour les situations cliniques les plus sévères et les plus susceptibles de complications graves : sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales, pansinusites, échec d’antibiothérapie d’une sinusite maxillaire).
- Moxifloxacine : risque plus élevé d’effets indésirables graves → Réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu’aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.</td></tr>
<tr><td>Suspicion de germe anaérobie</td><td colspan="2">= En cas de bulles d’air (TDM) ou d’odeur fétide (ponction) ou de sinusite compliquée : ajout de métronidazole.</td></tr>
</table>

		Traitement symptomatique	- **Lavage des fosses nasales au sérum physiologique.** - **Antalgique** ± **vasoconstricteurs nasaux** (pour une durée maximale de **5 jours**). - **Corticothérapie orale** en courte durée (maximum **7 jours**) : en cas de sinusites aiguës hyperalgiques, associée à une antibiothérapie. - **Traitement des facteurs locaux favorisants** : granulome dentaire, amalgame dentaire dans le fond d'un sinus maxillaire, déviation septale, corps étrangers, polypose nasosinusienne, tumeur…
		Drainage des sinus	= Très rarement indiqué, en cas d'évolution défavorable. - **Drainage chirurgical des sinus** : sinusite aiguë hyperalgique résistante aux antalgiques ou échec du traitement médical, après confirmation par scanner (niveau hydro-aérique) → **ponction** ± **drain.** - **Drainage chirurgical du sinus sphénoïdal** si évolution compliquée. - **Drainage de collections orbitaires** dans les ethmoïdites compliquées.
	ENFANT	- **TDM** non systématique : si doute diagnostique, complication ou sinusite sphénoïdale, ethmoïdale ou frontale. - Traitement symptomatique : **antalgique** + **antipyrétique** ± **corticoïdes** discutés en cas de forme hyperalgique. - Avis spécialisé = rhinosinusite aiguë compliqué/ethmoïdite aiguë/sinusite récidivante. - suivi à long terme = risque sinusite chronique = tableau de sinusite évoluant durée > 4 mois = faire scanner sinus. - Association à toux grasse = rechercher dyskinésie ciliaire.	
		Antibiothérapie	= D'emblée ou après une surveillance après 3-4 jours sous traitement symptomatique. - Indication d'emblée : forme aiguë sévère de **sinusite maxillaire aiguë** et/ou compliquée et/ou origine dentaire, ou tableau de rhinopharyngite se prolongeant ≥ 10 jours sans signe d'amélioration ou se réaggravant + **ethmoïdite aiguë** + **frontale** + **sphénoïdale** (= avis spécialisé). - **Amoxicilline** (80 mg/kg/j) en 2 prises par jour en 1re intention si sinusite maxillaire ou frontale, pendant **10 jours.** - **Augmentin®** si origine dentaire ou si échec traitement sinusite maxillaire par amoxicilline sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale. - Allergie : . **C2G/C3G orale** en cas d'allergie à la pénicilline. . **Cotrimoxazole** en cas d'allergie aux β-lactamine. - **Ethmoïdite :** • **Non compliquée = suivi ambulatoire** - réévaluation à 48 h - **Augmentin®** - 80 mg/kg/j en 3 prises. • Compliquée = hospitalisation + **Augmentin®** IV - 150 mg/kg/j +/- gentamycine ou C3G/métronidazole.